

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, Е.Б. Ганзий, к.м.н., К.В. Волошин, кафедра педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии, Харьковская медицинская академия последипломного образования

Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка у детей и их коррекция препаратом Иберогаст

В патогенезе многих заболеваний пищеварительной системы у детей важную роль играют моторно-эвакуаторные нарушения. В полной мере это относится и к заболеваниям органов пищеварительной системы, прежде всего желудка: именно нарушения двигательной и тонической функций желудка во многом определяют появление ведущего клинического симптома – абдоминальной боли.

В педиатрической практике встречается как замедление, так и ускорение моторно-эвакуаторной функции желудка.

! Замедление двигательной активности обуславливает патологическое движение пищи двух видов: задержка или замедление антеградного движения и появление ретроградного движения.

Первый вид нарушения может быть обусловлен анатомическими особенностями желудка (аномалиями развития или положением, стенозом привратника как следствием язвенного процесса) или нарушениями его перистальтики (чаще гипокинезией) и тонуса стенок (чаще гипотонией).

Ретроградное движение связано преимущественно с состоянием сфинктерного аппарата и проявляется гастроэзофагеальным и дуоденогастральным рефлюксами.

Гипокинезия и гипотония стенок желудка приводит к ослаблению его моторики и задержке эвакуации желудочного содержимого, в результате чего на стенки желудка оказывают агрессивное воздействие соляная кислота, пепсины, а в ряде случаев – желчные кислоты и лизолецитин, попавшие в желудок вследствие дуоденогастрального рефлюкса. Развитие гипокинезии в значительной степени связано с гиподинамией, которая способствует замедлению моторики желудочно-кишечного тракта и появлению ряда клинических симптомов, ведущим из которых является абдоминальная боль. Тупая, неинтенсивная, ноющая, тянущая, давящая, распирающая по характеру боль обычно связана с задержкой прохождения пищи по пищеводу и желудку.

! Ускорение двигательной активности также приводит к ряду неблагоприятных воздействий. Быстрое удаление из желудка пищи вместе с агрессивным содержимым приводит к повреждению слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, проксимальных отделов тонкой кишки. В двенадцатиперстной кишке из-за постоянной ацидификации нарушается секреция слизи, развиваются очаги метаплазии по желудочному типу, что способствует заселению этих участков *Helicobacter pylori*.

В практической гастроэнтерологии врачу-педиатру чаще приходится сталкиваться с двигательными расстройствами функциональной природы, обусловленными нарушениями перистальтики желудка вследствие нарушений нервной регуляции пищеварительного процесса (функциональная диспепсия – ФД). В этом случае нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка являются первичными в отличие от воспалительных и деструктивных процессов желудка, при которых нарушения моторики и эвакуации являются важными, но далеко не единственными механизмами.

Нарушения моторики желудка отмечаются у 75% больных с ФД.

! При ФД нередко отмечаются гастропарез (ослабление моторно-эвакуаторной функции желудка), нарушения антродуоденальной координации, ослабления постпрандиальной моторики антрального отдела, нарушения распределения пищи внутри желудка (расстройства релаксации желудка, нарушения аккомодации в области дна желудка), нарушения циклической аккомодации желудка в межпищеварительном периоде: желудочные дисритмии

(тахикастрия, брадикастрия, антральная фибрилляция), дуоденогастральный рефлюкс.

Интермиттирующий характер желудочных дисритмий может обуславливать рецидивы симптомов диспепсии. Эти нарушения имеют наибольшее значение в возникновении и развитии дискинетического варианта ФД, что обуславливает необходимость назначения таким больным прокинетики.

Наряду с моторными нарушениями существенную патогенетическую роль при ФД имеет повышенная чувствительность рецепторного аппарата желудка к растяжению. В исследованиях с раздуванием баллона в желудке и двенадцатиперстной кишке показано, что у больных с ФД выявляется повышенная чувствительность к растяжению желудка, что является высокоспецифичным для данной патологии. Больные с ФД отчетливо ощущали возникновение симптомов (тошноты, рвоты) при растяжении желудка и гораздо в меньшей степени – при растяжении двенадцатиперстной кишки, причем наиболее чувствительной была активация механорецепторов дистального отдела желудка. Напротив, в возникновении неспецифического варианта ФД может иметь место и снижение порога чувствительности стенки желудка к растяжению (нарушение афферентного звена). Снижение болевой чувствительности может отмечаться как на клеточном, так и на поведенческом уровне. При повторной стимуляции любым типом раздражителя (химическим, механическим, термальным) сенсорные рецепторы могут активизироваться, обуславливая снижение болевого порога. Кроме того, у ребенка эмоциональное потрясение или страх могут привести к снижению болевого порога (например, при воспоминании о медицинской манипуляции).

Развитию гиперталгии способствует повышение чувствительности центральной нервной системы к боли, которая приводит к расширению периферических рецептивных полей.

Анализ возможной связи тех или иных клинических симптомов заболевания при ФД показывает, что диспепсические нарушения встречаются чаще при ослаблении моторики желудка; это приводит к замедлению эвакуации содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку. Существует последовательная связь между чувством дискомфорта после приема пищи и ослаблением тонуса желудка, что обусловлено взаимодействием релаксационного рефлекса (поступлением пищи через пищевод в желудок) и аккомодацией (растяжением желудка). Скорость опорожнения желудка зависит от состава, объема и консистенции пищи, ее температуры и времени приема; кроме того, на этот показатель влияют и такие факторы, как состояние нервной и гормональной систем, прием некоторых медикаментозных препаратов (холинолитиков, анальгетиков). Употребление жирной пищи приводит к задержке опорожнения желудка, а жидкой – к ускорению эвакуации. Ослабление аккомодации желудка значимо ассоциировано с ощущением раннего насыщения, а гиперчувствительность стенки желудка к растяжению – с большой натошак и отрыжкой.

Определение характера перистальтических расстройств играет важную роль для последующей коррекции работы пищеварительного конвейера. Оценка моторно-эвакуаторной функции желудка у детей

обычно проводится с помощью методов, основанных на регистрации изменений его электрического потенциала. Электроды закрепляются в проекции желудка и на коже верхних и нижних конечностей ребенка. По графику спектрограммы и цифровым данным, полученным после обработки сигнала, оценивается уровень электрической активности органа, ритмичность сокращений и их координированность.

Коррекция моторно-эвакуаторных нарушений желудка играет существенную роль в комплексной терапии гастродуоденальных заболеваний.

! Среди большой группы препаратов преимущественно спазмолитического и прокинетиического действия особое внимание привлекает комплексный препарат растительного происхождения Иберогаст, уже 50 лет успешно применяемый врачами европейских стран. Немаловажно, что все лекарственные растения, используемые для изготовления этого препарата, выращиваются и собираются в соответствии с нормами Надлежащей сельскохозяйственной практики (GAP).

Своим названием Иберогаст (Германия) обязан одному из компонентов – экстракту иберийки горькой (*Iberis amara*). В его состав входит экстракт из свежего растения, обладающий способностью повышать тонус гладкой мускулатуры пищеварительного тракта. Иберогаст также содержит экстракт плодов и корней из восьми высушенных растений: экстракт ромашки оказывает противовоспалительное, антибактериальное, спазмолитическое и ранозаживляющее действие; экстракт плодов тимьяна – бактерицидное и спазмолитическое действие; вытяжка из плодов расторопши пятнистой проявляет протекторное действие на слизистую оболочку желудка, стимулирует регенерацию клеток; корень дягиля способствует улучшению пищеварения и выработке желудочного сока; трава чистотела оказывает спазмолитическое действие на желчные пути и пищеварительный тракт, одновременно улучшая моторику желудка; корень солодки содержит глициризиновую кислоту, флавоноиды, фитостеролы и кумарин, обеспечивающие спазмолитическое действие и способствующие заживлению эрозий и язв желудка; экстракты мелиссы и мяты перечной в комплексе проявляют успокаивающее, спазмолитическое и ветрогонное действие; кроме того, экстракт мяты характеризуется противовоспалительным и антимикробным эффектами, а также способностью стимулировать выработку желчи. Благодаря такому составу Иберогаст может проявлять тонизирующее или спазмолитическое действие. Избирательно влияя на мускулатуру желудка, данный препарат нормализует сниженную моторную активность и опорожнение желудка и может применяться как при ФД, так и при воспалительных и деструктивных заболеваниях желудка. С учетом сбалансированного состава и натурального происхождения всех его компонентов применение препарата возможно не только у взрослых, но и у детей начиная с раннего возраста.

Иберогаст обладает большой доказательной базой. Научные данные в отношении его эффективности и безопасности, полученные в ходе исследований, проведенных в соответствии с современными требованиями доказательной медицины, позволяют применить в отношении Иберогаста термин



Ю.В. Белоусов

«доказательная фитотерапия», предложенный М.Н. Muller и соавт. В целом было проведено 12 клинических исследований, из них 5 плацебо контролируемых, 2 метаанализа, в которых приняли участие как взрослые пациенты, так и дети (более 40 тыс.). Во всех исследованиях показано, что при функциональных патологиях желудочно-кишечного тракта Иберогаст статистически значимо превосходит плацебо по эффективности и вызывает стойкую ремиссию у большинства пациентов.

Цель исследования – изучение эффективности применения препарата Иберогаст в комплексном лечении патологии гастродуоденальной зоны у детей.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 30 детей в возрасте от 5 до 17 лет, в том числе 14 больных в возрасте от 5 до 12 лет и 16 пациентов старше 12 лет, получавших лечение в гастроэнтерологическом отделении Детской клинической больницы № 19 г. Харькова. На основании клинико-anamnestических и инструментальных данных у 18 из них был установлен диагноз ФД (у 5 пациентов изменения слизистой оболочки желудка при проведении эзофагогастродуоденоскопии отсутствовали, у 13 – характеризовались как эритематозная гастродуоденопатия, что, согласно современным представлениям, позволяет рассматривать их как функциональные; у 7 пациентов диагностирован хронический гастродуоденит (у 2 детей выявлен эрозивный процесс, у 5 – распространенная нодулярная гастродуоденопатия); у 3 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе обострения. При проведении эндоскопии определяли наличие и степень дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса. Также оценивали уровень кислотности желудка и пищевода с помощью pH-метрии; определяли наличие инфицированности *Helicobacter pylori*. Изучение моторной функции желудка проводилось методом электрогастрографии. По изменению показателей биоэлектрической активности судили о состоянии моторной функции желудка. Исследование проводилось в первые сутки до начала лечения Иберогастом и после его окончания.

Результаты и обсуждение

Большинство детей предъявляли жалобы на боли в животе (29 детей; 96,6±3,3%) приступообразного или колющего характера различной интенсивности. Пациентов с неструктурными гастродуоденитами (7 детей; 24,2±8,1%) беспокоили боли в животе, возникающие после приема пищи или не связанные с едой. У больных с ФД (18 детей; 60,1±9,2%) также не наблюдалось связи болевого синдрома с приемом пищи. Для пациентов с деструктивной патологией (5 детей; 16,6±6,8%) характерными были поздние, голодные боли в эпигастрии, пилородуоденальной зоне.

Были выявлены следующие диспепсические явления: отрыжка воздухом – у 15 больных (50±9,1%), изжога – у 7 пациентов (24,2±7,9%), тошнота – у 10 (33,3±8,6%). Склонность к запорам отмечалась у 4 детей (13,7±6,4%). Дуоденогастральный рефлюкс различной степени определялся у 20 детей (66,6±8,6%).

По результатам электрогастрографии замедленный тип моторики желудка выявлен у 28 детей (93,3±16,4%), и только у 2 (6,7%) моторика не была нарушенной. Полученные данные свидетельствуют о том, что для пациентов с патологией гастродуоденальной

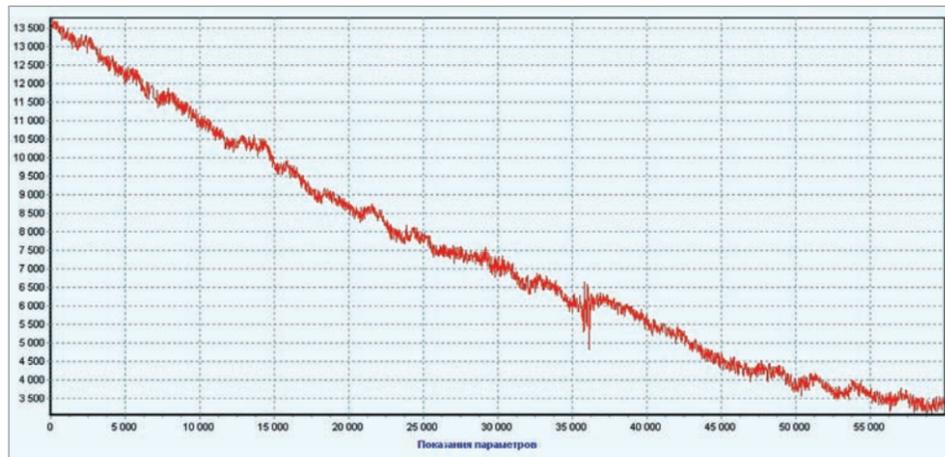


Рис. 2. Больная Н., 15 лет. Замедлена моторика желудка (до лечения)

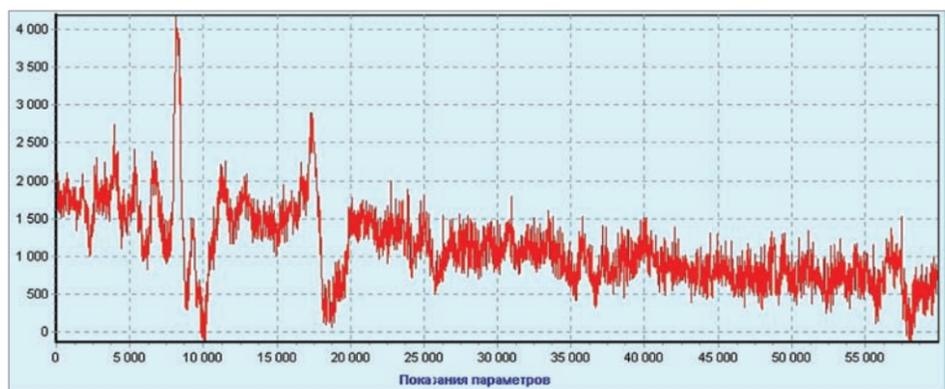


Рис. 3. Больная Н., 15 лет. Нормализация моторики желудка после курса лечения

зоны характерным является снижение двигательной активности, что может объяснить клинические проявления данной патологии.

Всем детям проводилась комплексная терапия, включающая щадящий режим, диетическое питание. По показаниям проводилась антихеликобактерная, антисекреторная, седативная терапия. Не использовались препараты, влияющие на биоэлектрическую активность желудка. Иберогаст назначался в течение 21 дня 3 р/сут с небольшим количеством воды (2-3 столовых ложки воды комнатной температуры) перед или во время приема пищи в следующих возрастных дозах:

- подростки – по 20 капель;
- дети от 6 до 12 лет – по 15 капель;
- дети от 3 до 6 лет – по 10 капель.

Клинические симптомы оценивали ежедневно, показатели двигательной активности – в 1-е и 21-е сутки от начала лечения.

На фоне проводимой терапии у 20 детей показатели моторики желудка нормализовались (66,6±8,6%), положительная динамика выявлена у 7 пациентов (24,2 ±7,9%), у 3 (9,2%) больных показатели не изменились.

Положительной динамике показателей двигательной активности желудка на фоне применения Иберогаста соответствовало заметное улучшение клинической картины заболевания. После курса лечения у подавляющего большинства пациентов улучшилось самочувствие; у всех детей отмечали исчезновение болевого синдрома к 7-10-му дню терапии; диспепсические жалобы купированы к 5-7-му дню лечения. Ни у одного из пациентов не было выявлено непереносимости или побочных действий препарата.

	Пациенты	%
Замедленный тип моторики желудка	28	93,30%
Без нарушения моторики	2	6,70%

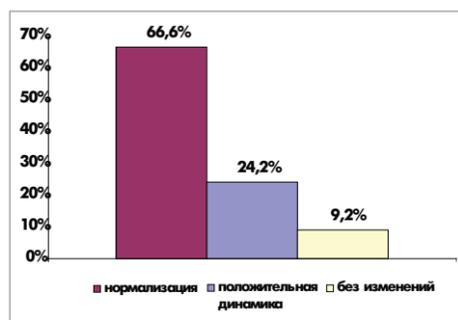


Рис. 1. Динамика показателей моторики желудка на фоне лечения

В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная Н., 15 лет. Поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на периодические интенсивные ноющие боли в верхней части живота, возникающие через 20-30 мин после приема пищи, тошноту, отрыжку воздухом. Болеет в течение 2 лет. Последнее ухудшение связывает с нарушением диеты и перенесенной ОРВИ. При объективном осмотре отмечалась бледность кожных покровов, наличие белого налета на языке, болезненность при пальпации в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, правом подреберье. Эндоскопически выявлены нодулярная гастропатия, эритематозная дуоденит, дуоденогастральный рефлюкс II ст. Кислотность повышена, ощелачивающая функция компенсирована. Результат определения антигена *Helicobacter pylori* в кале отрицательный.

Пациентке был установлен диагноз: хронический гастродуоденит с повышенной кислотностью, период обострения.

Проводимая терапия включала мероприятия по изменению режима, диету, седативные, антисекреторные, желчегонные препараты. Иберогаст назначали по 20 капель 3 р/сут перед едой в течение 21 дня.

При электрогастрографическом исследовании, проведенном до лечения, выявлено замедление моторики желудка (рис. 2).

На фоне проводимой терапии в динамике у пациентки купирован болевой синдром к 8-му дню лечения, диспепсические жалобы исчезли на 7-й день.

При проведении электроэнтерографического исследования после лечения отмечена нормализация моторики желудка (рис. 3).

Полученные данные свидетельствуют о положительном воздействии Иберогаста на двигательную активность желудка у больных с гастродуоденальной патологией и позволяют рекомендовать применение препарата в комплексном лечении пациентов с данной патологией.

Выводы

1. Воспалительные заболевания гастродуоденальной зоны с гиперсекрецией сопровождаются выраженным замедлением моторики желудка. При ФД моторика желудка замедлена незначительно.

2. Включение препарата Иберогаст в комплексную терапию функциональных и воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки способствует положительной клинической динамике и нормализации моторики желудка.

3. Иберогаст обладает хорошей переносимостью и может применяться в качестве препарата выбора при замедлении моторики желудка.

phytoneering

Розкриваючи силу рослин

Іберогаст

При захворюваннях шлунково-кишкового тракту



★ РОСЛИННИЙ ★ ШВИДКОДІЮЧИЙ

- Посилює моторику та звільняє від спазмів
- Усуває біль в шлунку та метеоризм
- Знімає запалення та захищає слизову оболонку шлунка

Р.л. МОЗ України № UA/6302/01/01 від 19.04.07
Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією.
Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Реклама лікарського засобу. Виробник: Штайгервальд Арцнайміттельверк ГмбХ (Німеччина)

BIONORICA
The phytoneering company

ТОВ "БІОНОРИКА"
м. Київ, вул. Мініна, 9. Офісний поверх, окремі вхід.
тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01
e-mail: office@bionorica.com.ua